

Hostelbewoners in Utrecht

Profiel en functioneren, zorgaansluiting en ervaren baat van het hostelverblijf

*Judith Wolf, Astrid Altena, Mariëlle Beijersbergen en Lisette Oliemeulen **

In 2000 openden in de gemeente Utrecht de eerste hostels voor verslaafde daklozen hun deuren. Deze daklozen maakten deel uit van een open drugsscene en waren voor hun overnachting vooral op straat aangewezen. De missie van de hostels was bescheiden: het bieden van ‘bed, bad en brood’ en de stabilisering van bewoners. In het licht van de destijds zorgwekkende kwaliteit van leven van de verslaafde daklozen was de inzet imposant (Hulbosch e.a., 2004). Hoe vergaat het de hostelbewoners anno 2009? Hoe is hun gezondheid, wat is hun middelengebruik en hoe ervaren zij hun kwaliteit van leven? Wat zijn hun behoeften aan hulp en wordt hierin ook voorzien? En wat is bij de bewoners de ervaren baat van hun verblijf in de hostels? Zijn er aantijzingen dat de bewoners er nu beter aan toe zijn dan destijds? In dit artikel worden deze vragen beantwoord, op basis van een door het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg (Omz) uitgevoerd onderzoek naar de hostels in opdracht van de gemeente Utrecht. Het artikel besluit met een beschouwing.

Inleiding

Verslaafde daklozen die voorheen in het centrum van Utrecht leefden in een open drugsscene vormen de doelgroep van de hostels in Utrecht. De hostels gingen in 2000 van start (zie Reinking e.a. in dit nummer). De afdeling Maatschappelijke Gezondheidsbevordering en

* Prof. dr. J.R.L.M. Wolf is hoofd van het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg bij UMC St Radboud Nijmegen en directeur van de Academische werkplaats Opvang & OGGz, verbonden aan Omz. E-mail: j.wolf@elg.umcn.nl.
Drs. A.M. Altena is wetenschappelijk onderzoeker bij het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg te Nijmegen.

Dr. M.D. Beijersbergen is senior onderzoeker bij het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg te Nijmegen.

Dr. E.A.P. Oliemeulen is wetenschappelijk onderzoeker bij het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg te Nijmegen.

Zorg van de gemeente Utrecht vroeg het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het UMC St Radboud te Nijmegen in 2009 om onderzoek te doen naar de groep hostelbewoners. De gemeente had behoefte aan meer inzicht in het profiel en het functioneren van de bewoners. Hoe is hun gezondheid en wat is hun kwaliteit van leven? Hoe is de zorgaansluiting en de ‘ervaren baat’ bij bewoners van hun verblijf in de woonvoorzieningen? Voor wie is een hostel ook op de langere termijn de best passende plek en voor wie is uitstroom mogelijk?

Het onderzoek bestond uit een survey onder de hostelbewoners. Dit artikel doet verslag van de resultaten van dit onderzoek. Gerapporteerd wordt over de bewoners van zes hostels ($N = 109$); één hostel is in de presentaties buiten beschouwing gelaten omdat haar doelgroep bestaat uit dakloze mensen zonder verslaving (Altena, Beijersbergen, Oliemeulen & Wolf, 2010). Om na te gaan of het de bewoners nu beter vergaat dan destijds, zijn enkele gegevens gebruikt uit eerder onderzoek naar bezoekers van de gebruiksruimten in Utrecht waar veel hostelbewoners kwamen voor hun verblijf in de hostels (Hulsbosch, Nicolas, Van Bakel & Wolf, 2004) en naar 49 bewoners van de eerste drie hostels (Vermeulen, Toet & Van Ameijden, 2005).

Methode

PROCEDURE

In de maanden juli en augustus van 2009 zijn met de bewoners van (onder meer) zes hostels in Utrecht interviews gehouden (waaronder een hostel specifiek voor vrouwen). Deze hostels hebben een capaciteit van 142 bedden. Niet alle bedden waren in de meetperiode bezet, bijvoorbeeld doordat bewoners in detentie waren. Alle aanwezige bewoners in de hostels zijn benaderd voor deelname aan een interview. Een aantal besloot niet deel te nemen omdat zij geen zin, interesse en/of tijd hadden. Soms ging een interview niet door omdat een medewerker van de voorziening en/of de interviewer de respondent niet in staat achtte om mee te werken (bijvoorbeeld vanwege psychische problemen). De bewoners die wilden meedoen, ondertekenden voorafgaand aan het interview een toestemningsverklaring. Getrainde interviewers ondervroegen 109 bewoners (respons 77%). Een interview duurde één tot anderhalf uur. Na afloop ontvingen de deelnemers een vergoeding van tien euro.

MEETINSTRUMENTEN

De gebruikte vragenlijst bestaat, behalve uit vragen naar sociaaldemografische kenmerken, geschiedenis van dakloosheid, zorggebruik en woonwensen, uit een aantal gestandaardiseerde meetinstrumenten. Met de Prison Screening Questionnaire (Shaw e.a., 2003) zijn symptomen van depressie en psychoses gemeten, evenals het middelengebruik. Met de International Classification of Diseases (ICD) zijn lichamelijke klachten geïnventariseerd (Reinking e.a., 1998). De korte versie van de 'kwaliteit van leven'-vragenlijst van Lehman (1995; zie Wolf e.a., 2002) is gebruikt voor het meten van de objectieve levenskwaliteit en tevens de subjectief ervaren kwaliteit van leven op diverse leefgebieden. Bij de objectieve levenskwaliteit gaat het om zaken als de hoogte van het inkomen, slachtoffer zijn van een misdrijf, het hebben van dagbesteding of werk en sociale contacten. De subjectieve kwaliteit van leven is op diverse leefgebieden gemeten met een zevenpunts-schaal (1 = vreselijk; 7 = prima).

Ook de algemene kwaliteit van leven is met deze schaal nagevraagd (aan het begin en het einde van het interview; Cronbachs alfa van deze schaal van twee items is 0,75. Op elk leefgebied is tevens de zorgaansluiting bepaald, namelijk door te vragen of de hostelbewoner *a* hulp wil, *b* hulp ontvangt, en *c* of hij/zij de juiste hulp ontvangt (waarbij juist is omschreven als hulp die de bewoner 'sterker maakt, de weg wijst, steun geeft en zijn problemen helpt oplossen'). Voor een indicatie van de ervaren baat bij het verblijf is hostelbewoners voorts gevraagd of hun situatie op (dezelfde) leefgebieden is verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven. Analyses zijn uitgevoerd met het statistische programma SPSS 16.0.

Profiel hostelbewoners

Het merendeel van de hostelbewoners is man (78%), gemiddeld 45 jaar oud (de jongste is 30, de oudste 63 jaar), 68% is in Nederland geboren, bijna de helft (47%) is allochtoon en 88% heeft de Nederlandse nationaliteit. Bijna drie kwart van de bewoners is ongehuwd (73%) en 23% is gescheiden. Iets meer dan de helft heeft één of meer kinderen (54%). Op de vraag wat de hoogst voltooide opleiding is, antwoordde 49% van de bewoners 'geen of lager onderwijs', 35% voltooide een vorm van middelbaar onderwijs en 16% rondde hoger middelbaar onderwijs af. Het opleidingsniveau is dus laag.

Bijna alle hostelbewoners (96%) leven (onder andere) van een uitkeering. Zij hebben gemiddeld twee soorten inkomstenbronnen. Een meerderheid geeft aan een bijstandsuitkering te ontvangen (64%). Al dan niet naast deze bron van inkomsten geven bewoners aan dat zij

een jaar voorafgaand aan het interview inkomen kregen uit werk (35%). Voor 30% van de bewoners bestaat dit uit inkomen voor werk zonder arbeidsovereenkomst. En nog eens 12% van de bewoners kreeg geld door illegale activiteiten (zoals diefstal, heling of bedelen).

Bijna drie kwart van de groep (71%) geeft aan momenteel schulden te hebben. Het gaat om een schuldbedrag van gemiddeld bijna 9.200 euro (range 91 tot 100.000 euro, mediaan 4.000 euro). Op het moment van het interview zegt 72% (N = 78) geen vaste daginvulling te hebben; 28% (N = 31) van de bewoners heeft die naar eigen zeggen wel. Deze laatst genoemde groep heeft:

- een betaalde baan (met arbeidscontract en/of in sociale werkvoorziening) (16%);
- een vorm van dagbesteding in de woonvoorziening (39%);
- vrijwilligerswerk (minimaal 16 uur per week) (16%);
- een andere dagbesteding, zoals cursussen, sporten en vrijwilligerswerk (minder dan 16 uur per week) (36%).

Het hebben van dagbesteding is overigens niet gerelateerd aan de duur van dakloosheid. Er bestaat wel een (bijna significante) samenhang met de duur van het verblijf in het hostel (significantie $p > 0,05$ en $< 0,10$); bewoners met dagbesteding verblijven gemiddeld langer in een hostel dan bewoners zonder dagbesteding.

De hostelbewoners zijn gedurende hun leven gemiddeld ruim acht jaar feitelijk dakloos¹ geweest. Op het moment van het interview verblijven de bewoners gemiddeld bijna drie jaar in de woonvoorziening (range 0-9 jaar).

Gezondheid en middelengebruik

De lichamelijke gezondheid ervaren de bewoners als neutraal tot redelijk (gemiddelde score 4,5 op een zevenpuntsschaal). Bijna drie kwart (73%) van hen had in de maand voorafgaand aan het interview last van lichamelijke klachten, met een gemiddeld aantal klachten van drie.

Het gaat voornamelijk om klachten gerelateerd aan spieren/skelet/bindweefsel (zoals rugpijn) (49%), de luchtwegen (44%), het zenuwstelsel en zintuigen (zoals hoofdpijn) (34%) en klachten in verband met ontsteking/infectie of parasitaire ziekten (zoals tbc en soa's)

¹ Feitelijk dakloze mensen zijn mensen die voor hun overnachtingen vooral aangewezen zijn op de straat, overdekte openbare ruimten, laagdrempelige opvangvoorzieningen of overnachtingen bij familie, vrienden of kennissen, zonder uitzicht op een slaapplek voor de daaropvolgende nacht (Wolfe a., 2002).

(29%). Een kwart van de bewoners heeft in de maand voorafgaand aan het interview gebitsklachten. De helft (50%) van de bewoners zegt medicijnen te gebruiken voor de lichamelijke klachten en 45% zegt onder behandeling te zijn van een specialist.

De subjectieve psychische gezondheid ervaren de bewoners als redelijk (gemiddelde score 4,8). Van de hostelbewoners heeft 36% twee of meer symptomen die wijzen op een depressie en drie op de tien (29%) bewoners heeft last van ten minste één symptoom dat op de aanwezigheid van een psychose kan duiden. Wat betreft het voorkomen van de combinatie van symptomen: 15% van de bewoners heeft zowel last van depressieve symptomen als van psychotische klachten, 21% heeft alleen depressieve klachten, 15% heeft uitsluitend psychotische symptomen en 50% heeft geen van beide klachten.

Van de hostelbewoners drinkt 12% (bijna) dagelijks minstens acht glazen alcohol; 16% drinkt minstens zes glazen alcohol per dag (zonder hostel Hogelanden, dat uitsluitend bedoeld is voor dakloze alcoholisten, gaat het om respectievelijk 6 en 9%). Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is er sprake van zwaar alcoholgebruik wanneer minstens eenmaal per week zes glazen alcohol of meer wordt gedronken (STATLINE, CBS). Dit geldt voor 22% van de bewoners (13%, zonder hostel Hogelanden). Bijna een vijfde (18%) heeft wel eens 's ochtends alcohol gedronken om rustiger te worden (16%, zonder hostel Hogelanden) en 19% heeft moeite met stoppen wanneer ze eenmaal zijn begonnen met drinken (18%, zonder hostel Hogelanden).

Een ruime meerderheid van de bewoners gebruikt (bijna) dagelijks middelen. Het betreft hier vooral methadon (67%), hoofdzakelijk op voorschrijf van een arts, en cocaïne (51%). Daarnaast wordt heroïne gebruikt door ruim een kwart van de bewoners (28%); 13% gebruikt heroïne op voorschrijf van een arts. De hostelbewoners die deze middelen gebruiken, kunnen worden gezien als harddrugsgebruiker (totaal 84%). Daarnaast worden medicijnen voor de roes (zoals benzo's, Seresta[®]) relatief veel gebruikt (45%).

Het dagelijks middelengebruik is gerelateerd aan de duur van dakloosheid; de bewoners die dagelijks middelen gebruiken zijn gemiddeld langer dakloos geweest dan de bewoners die dagelijks geen middelen gebruiken ($p < 0,05$). En wat betreft de samenhang tussen middelengebruik en lengte van het verblijf in het hostel: de bewoners die dagelijks middelen gebruiken, verblijven significant langer in het hostel dan de bewoners die geen middelen gebruiken ($p < 0,05$), waarbij opgemerkt moet worden dat de laatstgenoemde groep erg klein is.

Wanneer lichamelijke problemen, depressie en drugsgebruik gecombineerd voorkomen, spreken wij van comorbiditeit. Bij 40% van de hostelbewoners is sprake van een combinatie van twee problemen, waarbij het overwegend gaat om het tegelijkertijd voorkomen van lichamelijke klachten en middelengebruik (88%). Bij bijna een derde (31%) van de bewoners komen de drie typen problemen tegelijk voor.

Kwaliteit van leven

OBJECTIEVE KWALITEIT VAN LEVEN

De objectieve kwaliteit van leven wordt in de Lehman-vragenlijst uitgedrukt in enkele indicatoren: contacten met familie en vrienden, daginvulling, inkomen, en (in het jaar voorafgaand aan het interview) arrestaties en slachtoffer zijn van een misdrijf.

- Van de bewoners heeft 14% geen contact met familie en 18% heeft geen contact met vrienden en kennissen. Ruim een derde telefoont minimaal eenmaal per week met een familielid (37%) en/of met een vriend of kennis (40%). Wat betreft de ontmoetingen met familieleden en vrienden/kennissen, blijkt dat 48% minstens eenmaal per maand een familielid ontmoette, terwijl 53% minimaal eenmaal per maand een vriend of kennis bezocht. Er wordt gemiddeld iets minder steun ervaren van vrienden en kennissen dan van familie; de scores zijn respectievelijk 2,7 en 3,0 op een vijfpuntschaal (1 = nooit; 5 = altijd).
- Van de hostelbewoners heeft 28% ten tijde van het interview een vaste daginvulling, 16% heeft werk.
- Het inkomen in de maand voorafgaand aan het interview is gemiddeld 651 euro (range 60-6000 euro, mediaan 376 euro). Of de hostelbewoners de afgelopen maand voldoende geld te besteden hadden voor bijvoorbeeld kleding, voeding of sociale activiteiten is uitgedrukt in een gemiddelde van 2,3 op een schaal van 0-5 (waarbij een hogere score een positievere beoordeling is).
- Twee vijfde van de hostelbewoners (40%) is in het jaar voorafgaand aan het interview gearresteerd vanwege een mogelijk misdrijf.
- Van de bewoners was 38% in het jaar voor het interview slachtoffer van een misdrijf.

SUBJECTIEVE KWALITEIT VAN LEVEN

De hostelbewoners ervaren hun algemene kwaliteit van leven gemiddeld als redelijk (gemiddelde score 4,5 op een zevenpuntschaal; SD = 1,3). Het meest tevreden zijn zij over hun huishouding en zelfverzorging (5,2; SD = 1,5) en hun veiligheid (5,0; SD = 1,7) (5 = redelijk tevreden).

den). Het minst tevreden zijn zij over hun financiële situatie (3,8; SD = 1,9) (4 = niet slecht/niet goed). De gemiddelde scores op de overige leefgebieden variëren tussen de 4 en 5: woon situatie (4,8; SD = 1,7), daginvulling (4,1; SD = 1,7), psychische gezondheid (4,8; SD = 1,6), lichamelijke gezondheid (4,5; SD = 1,7) en relatie met familie (4,6; SD = 2,1).

Zorgaansluiting

Hostelbewoners willen vooral hulp bij hun financiën (83%), huisvesting (79%), gebitsproblemen (59%), lichamelijke gezondheid (56%) en het vinden van (betaald) werk (37%). Op deze gebieden wordt ook de meeste hulp verleend: financiën (89%), huisvesting (55%), gebitsproblemen (53%), lichamelijke gezondheid (44%). Verder wordt ook relatief veel steun geboden bij het huishouden (40%). De hostelbewoners leggen in hun hulpvraag dus duidelijk prioriteit bij hulp bij be staansvoorraarden en gezondheid, en krijgen vooral ook hierbij de nodige hulp. Dit is tevens conform de missie van de hostels bij de aan vang: 'bed, bad en brood' bieden en bewoners stabiliseren.

Door gegevens over de gewenste en ontvangen hulp te combineren, kunnen vier zogenoemde vraag-aanbodconfiguraties worden samengesteld:

- 1 hulp gewenst en ontvangen;
- 2 hulp gewenst en niet ontvangen;
- 3 geen hulp gewenst, wel hulp ontvangen;
- 4 geen hulp gewenst en geen hulp ontvangen (zie figuur 1).

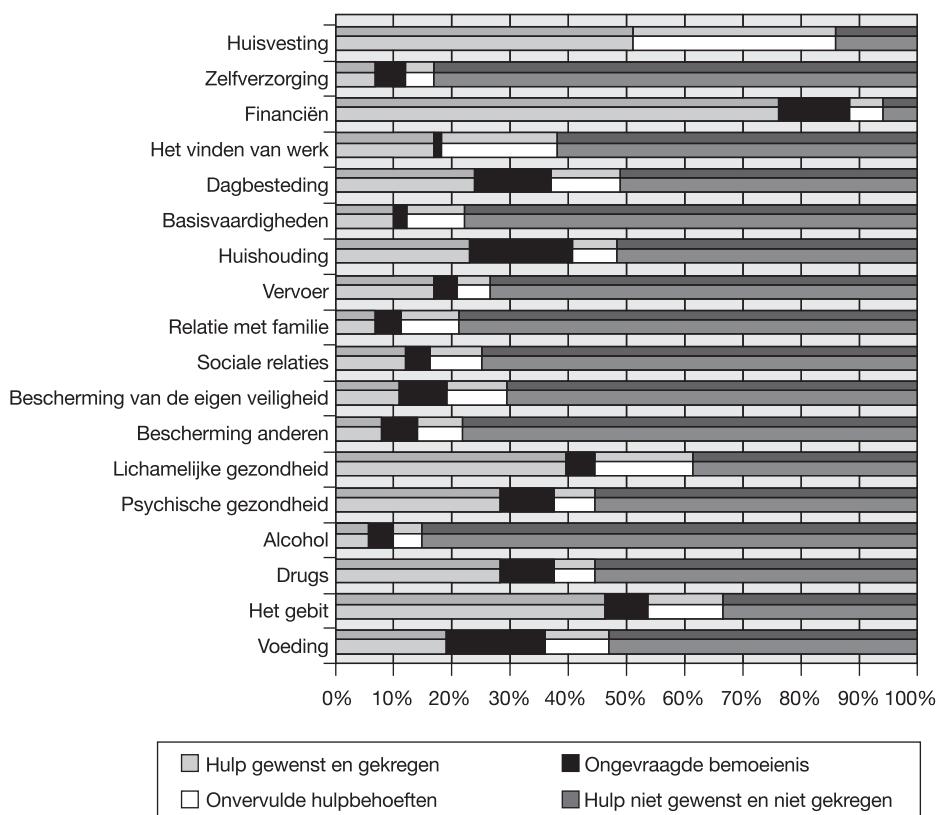
Bij de eerste en laatste configuratie is er sprake van een match in hulp vraag en aanbod. Bewoners hebben te maken met ongevraagde be moeienis als zij geen hulp wensten maar die toch kregen. Hostelbewoners die geen hulp kregen maar dit wel wensten, hebben een onver vulde hulpbehoefte. Let wel, de gegevens zijn gebaseerd op zelfrap portage van de bewoners; een medewerker kan een andere inschatting maken van de afstemming tussen vraag en aanbod.

De zorgaansluiting is als volgt.

- De match tussen hulpbehoeften en ontvangen hulp (gewenst en ontvangen) komt het meest duidelijk naar voren bij financiën (77%), huisvesting (51%), gebitsproblemen (46%) en lichamelijke gezondheid (40%). In mindere mate komt dit voor bij psychische gezondheid (29%) en drugsgebruik (29%).
- Bij 55% van de bewoners is er sprake van zogenoamde ongevraagde bemoeienis van medewerkers. Het gaat dan overwegend om ongevraagde bemoeienis op één of twee leefgebieden. Vooral de leef-

gebieden huishouden (17%) en voeding (17%) vallen op. In iets mindere mate geldt dit voor dagbesteding (13%) en financiën (12%).

- Bij 68% van de hostelbewoners is er op hoofdzakelijk één tot twee leefgebieden sprake van onvervulde hulpbehoeften. Per leefgebied komen relatief weinig onvervulde hulpbehoeften voor. De bewoners wensen maar krijgen naar eigen zeggen geen hulp bij huisvesting (35%), het vinden van werk (20%) en de lichamelijke gezondheid (17%). Er worden ook onvervulde hulpbehoeften gemeld bij gebitsproblemen (13%), dagbesteding (13%) en zelfverzorging (12%).
- De configuratie ‘geen hulp gewenst, geen hulp ontvangen’ komt opvallend veel voor bij de hostelbewoners. Op gemiddeld tien leefgebieden wensen de bewoners geen hulp en krijgen zij die ook niet. Dit hoeft niet zonder meer te betekenen dat er daadwerkelijk een juiste match bestaat tussen hulpvraag en aanbod.



Figuur 1 Zorgconfiguraties bij bewoners van hostels in Utrecht.

Ervaren baat

De hostelbewoners is gevraagd of hun situatie op de leefgebieden is verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven. Een meerderheid van de geïnterviewde bewoners ervaart sinds hun verblijf in de opvang verbeteringen in de woonsituatie (70%), dagbesteding (59%), huishouden (54%) en hun veiligheid (52%). Sociale contacten (62%) en familiecontacten (51%) vinden zij hoofdzakelijk onveranderd. Verslechteringen ervaren zij in hun financiële situatie (30%), psychische gezondheid (23%), lichamelijke gezondheid (22%) en dagbesteding (20%). Opvallend is dat op sommige gebieden een groot deel van de bewoners verbeteringen ervaart, maar ook een aanzienlijk deel vindt dat de situatie verslechterd is, zoals bij dagbesteding (zie boven), lichamelijke gezondheid (46% verbeterd, 22% verslechterd), psychische gezondheid (43% verbeterd, 23% verslechterd), financiële situatie (44% verbeterd, 30% verslechterd) en woonsituatie (70% verbeterd, 15% verslechterd).

Betere kwaliteit van leven?

Of bewoners er beter aan toe zijn sinds hun verblijf in de hostels, zegt ook iets over de ‘baat’ van de hostels. Om aanwijzingen te krijgen of de bewoners erop vooruit zijn gegaan, vergelijken wij gegevens over de kwaliteit van leven van:

- 1 bezoekers van de eind 2001 geopende gebruiksruimten (N = 126) die werden geïnitieerd om de eerste nood onder verslaafde daklozen te lenigen, met daarbij uitzicht op instroom in de nog te bouwen hostels (Hulbosch e.a., 2004);
- 2 49 bewoners van de eerste drie hostels die in 2001 van start gingen (Vermeulen e.a., 2005);
- 3 51 bewoners van diezelfde drie hostels in 2009 (Altena e.a., 2010).

De vergelijking geeft een globale aanwijzing voor de ervaren verandering in levenskwaliteit van de verslaafde daklozen (zie tabel 1), en is vanzelfsprekend onvoldoende betrouwbaar om er harde conclusies aan te verbinden.

Tabel 1. Subjectieve ‘kwaliteit van leven’-indicatoren* bij bezoekers van gebruiksruimten en bewoners van hostels in Utrecht.

	Onderzoek naar gebruiksruimten 2002**	Drie hostels 2002**	Drie hostels*** 2009**
	(N = 126)	(N = 49)	(N = 51)
	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld
Algemene levenskwaliteit	3,5	4,3	4,4
Woonsituatie	2,9	-	4,5
Financiën	3,1	3,0	3,9
Lichamelijke gezondheid	4,1	4,2	4,2
Psychische gezondheid	-	-	4,6
Veiligheid	3,6	5,3	5,0

* Scores op een zevenpuntsschaal (1 = vreselijk; 7 = prima).

** Periode van dataverzameling.

*** Dit zijn dezelfde hostels als in 2002: Maliehof, Habitante en De Hoek.

De ervaren algemene kwaliteit van leven lijkt verbeterd na instroom in de hostels (van 3,5 bij bezoekers in de gebruiksruimten naar 4,3 bij de eerste hostelbewoners) en is in de jaren daarna nog slechts een fractie verbeterd. De bewoners van de hostels in 2009 zijn positiever over hun woonsituatie dan de bezoekers van de gebruiksruimten in 2002, van wie velen destijds nog feitelijk dakloos waren. Over de financiën zijn de dakloze verslaafden in 2009 ook meer tevreden dan in 2002 (van 3,1 en 3,0 naar 3,9), waarbij opvalt dat het wat betreft de tevredenheid met de financiën niet echt uitmaakte of de mensen in 2002 gebruik maakten van de gebruiksruimten of van de eerste hostels. De gezondheids-items zijn moeilijker vergelijkbaar doordat in de onderhavige survey onderscheid is gemaakt in lichamelijke en psychische gezondheid. De hostelbewoners voelen zich duidelijk veiliger dan de bezoekers van de gebruiksruimten, waarbij in het oog springt dat de eerste hostelbewoners nog meer veiligheid ervoeren dan de hostelbewoners in 2009 (van 5,3 naar 5,0). Alle leefgebieden in ogenschouw nemend, zijn de bewoners nog het meest tevreden over hun veiligheid.

De gegevens over het slachtoffer zijn (of geweest zijn) van misdrijven in het jaar voorafgaand aan het interview bevestigen de subjectief ervaren veiligheidsgevoelens (zie tabel 2). Van de bezoekers van de gebruiksruimten is een hoger percentage slachtoffer geweest van mis-

drijven dan van de hostelbewoners, met name van niet-gewelddadige misdrijven (44% versus 32%). Eenmaal in een hostel lijkt er weinig te veranderen in het meemaken van een niet-gewelddadig misdrijf. Wel laat het zich aanzien dat de hostelbewoners in 2009 minder vaak slachtoffer zijn van een gewelddadig misdrijf dan de bezoekers van de gebruiksruimten en de eerste hostelbewoners. Verder is er een duidelijke afname gevonden van het percentage bewoners dat in het jaar voorafgaand aan het interview werd gearresteerd. Dit is gedaald van 68% en 66% bij respectievelijk de bezoekers en de eerste hostelbewoners, tot 33% bij de hostelbewoners in 2009.

Tabel 2. Slachtoffer van geweld en arrestaties (in procenten) bij bezoekers van gebruiksruimten en bewoners van hostels in Utrecht.

	Onderzoek naar gebruiksruimten 2002*	Drie hostels 2002*	Drie hostels ** 2009*
In het jaar voorafgaand aan het interview	(N = 126) %	(N = 49) %	(N = 51) %
Slachtoffer van misdrijf:			
- gewelddadig	30	32	18
- niet-gewelddadig	44	32	32
Arrestatie(s)	68%	66%	33%

* Periode van dataverzameling.

** Dit zijn dezelfde hostels als in 2002: Maliehof, Habitante en De Hoek.

Beschouwing

De hostels worden bewoond door chronisch verslaafden met meer voudige, complexe problemen. Het merendeel van de bewoners gebruikt dagelijks harddrugs, en bij ruim een tiende deel (dit is exclusief de bewoners van het hostel voor alcoholisten) is sprake van zwaar alcoholgebruik. Hoewel de bewoners redelijk te spreken zijn over hun lichamelijke gezondheid, geeft drie kwart aan de nodige lichamelijke klachten te hebben, gebruikt de helft hiervoor medicijnen en staat 45% onder behandeling van een specialist. Ook bij de psychische gezondheid is er een discrepantie tussen wat de bewoners hierover in algemene zin aangeven ('redelijk') en wat zij bij zichzelf aan symptomen waarnemen: 36% meldt depressieve symptomen en 29% psychotische symptomen. Zoals bekend bij chronisch verslaafden (Van 't Land, Vrugink & Wolf, 2003; Van der Poel, 2009), is er ook in deze populatie bij een meerderheid een combinatie van alcohol- en drugs-

gebruik, een relatief slechte lichamelijke gezondheid en psychische problemen. De hostelbewoners beschikken daarnaast over relatief weinig hulpbronnen: zij zijn laag opgeleid, veelal ongehuwd, hebben een laag besteedbaar inkomen en vaak schulden, het merendeel heeft geen vaste daginvulling en de sociale contacten zijn beperkt.

Met de hostels kwam er een einde aan de chronische dakloosheid van de verslaafden en is het proces van maatschappelijk afglijden gekeerd. De bewoners zijn redelijk tevreden over hun algemene levenskwaliteit en geven ook aan dat hun situatie op de nodige leefgebieden is verbeterd. Een eerste vergelijking met de situatie van de bezoekers van de gebruiksruimten en die van de eerste hostelbewoners wijst ook op positieve gevolgen van een (langer) verblijf in de hostels (hogere ervaren levenskwaliteit en veiligheid, minder slachtoffer van misdrijf en minder arrestaties). Behalve van verbeteringen maken bewoners gewag van verslechtering. Die doen zich naar hun zeggen vooral voor in relatie tot hun financiën, gezondheid, dagbesteding en - in mindere mate - hun woonsituatie. De genoemde verslechtering kunnen worden begrepen in het licht van de transitie die de verslaafde bewoners met hun komst naar de hostels doormaakten. Door de rust en regelmaat ontstaat er meer inzicht (gewaarwording van lichamelijke en psychische problemen, gedragbegrenzing vanwege samen wonen in een groep) en overzicht (inventarisatie van schulden, minder besteedbaar inkomen vanwege schuldsanering). Daarnaast vraagt het wonen in het hostel van bewoners een forse aanpassing van het handelingsrepertoire, dat op straat vrijwel volledig werd beheerst door overleven en het gebruik van drugs. Die aanpassing geeft perspectieven, maar gaat evenzeer gepaard met verlieservaringen en gevoelens van eenzaamheid en verveling.

De bewoners, die bijna drie jaar in de hostels verblijven, willen vooral hulp bij hun bestaansvoorraarden (financiën, huisvesting, vinden van werk) en hun lichamelijke gezondheid (zoals het gebit) en krijgen juist op deze gebieden de nodige hulp. Dit laat onverlet dat de zorgaansluiting beter kan. Hoewel het bij elke bewoner meestal één of twee leefgebieden betreft, is er aandacht nodig voor onvervulde zorgbehoeften en door bewoners ervaren ongevraagde bemoeienis. De onvervulde zorgbehoeften betreffen de bestaansvoorraarden en gezondheid, waarop in de hostels al een groot accent ligt. Ongevraagde bemoeienis doet zich met name voor bij huishouding, voeding, financiën en dagbesteding en lijkt samen te hangen met het (in een groep) wonen en het krijgen van een geregeld bestaan.

Wat nog het meest bij de zorgaansluiting in het oog springt, is het grote aantal leefgebieden waarop bewoners geen hulp wensen en geen

hulp krijgen. Deze match betekent geenszins dat er sprake is van een optimale zorgaansluiting. De weinige hulpvragen bij het alcohol- en drugsgebruik en het geringe aanbod op dit vlak lijken niet in verhouding tot de ernst van de verslavingsproblematiek. Ook lijkt bijvoorbeeld de zorgaansluiting bij familie en sociale relaties niet goed in balans met de feitelijke sociale inbedding van de bewoners. Nadere analyse van de gegevens leert dat hoe beter bewoners functioneren, des te minder hulpbehoeften zij articuleren. Deze hostelbewoners, die in principe het meest voor uitstroom in aanmerking komen, krijgen verhoudingsgewijs ook de minste hulp (Altena e.a., 2010). De vraag rijst of deze mensen, gezien hun betrekkelijk goede functioneren, nog steeds het beste thuis zijn in de hostels of dat door het relatief geringe en specifieke aanbod kansen op verder maatschappelijk herstel bij deze bewoners worden gemist. De hostels hebben - met 'bed, bad en brood' en de mogelijkheid van harddrugsgebruik - ingezet op de stabilisering van dakloze, chronisch verslaafden en zijn hierin geslaagd. Bij de start is prioriteit gelegd bij de zogenaamde asiel- en balansfunctie (zie kader). Is bijstelling van de missie van de hostels te overwegen? Is het ter zake om de transitiefunctie in de begeleiding van bewoners te integreren?

Functies van opvangvoorzieningen

- Asielfunctie met een accent op onderdak, veiligheid en bescherming.
- Balansfunctie met een focus op rust, het hervinden van de eigen kracht en het vergroten van zelfredzaamheid en maatschappelijk herstel.
- Transitiefunctie bij de overgang naar een, bij voorkeur, zelfstandig en veilig bestaan (Wolf e.a., 2006).

Plaatsing in een hostel is een eerste stap naar maatschappelijk herstel. Hoe kunnen medewerkers het eigen herstelproces van bewoners (blijven) ondersteunen? Bij herstel gaat het om regie over het eigen leven, verbindingen met anderen, toegang tot zorg en een positieve identiteit en zelfvertrouwen (Wolf, in voorbereiding). Inzet is een leven waarin iemand tot zijn recht komt, een leven naar eigen mogelijkheden en ambities, zonder ontkenning van beperkingen en problemen. Herstel kan groei en ontwikkeling impliceren, maar kan ook stabilisering van de situatie inhouden. Werken aan maatschappelijk herstel doet een ander appel op de medewerkers en vraagt om een andere toerusting. Meer inzicht is nodig in het methodisch handelen van de medewer-

kers om mede vanuit hun perspectief scherp te krijgen welke verbeteringen er in de zorgaansluiting nodig en mogelijk zijn. Een volgende fase in het bestaan van de hostels kan worden ingeluid met gerichte investeringen in een passende methodiek, om in ieder geval voor bewoners verdere groei en ontwikkeling - en mogelijk zelfs uitstroom - mogelijk te maken. In dit proces kan Herstelwerk, de recentelijk voor de maatschappelijke opvang in samenwerking met cliënten en medewerkers ontwikkelde krachtgerichte en herstelondersteunende basismethodiek, aanknopingspunten bieden (Wolf, in voorbereiding).

Literatuur

Altena, A., Beijersbergen, M., Oliemeulen, L., & Wolf, J. (2010). *Bewoners van voorzieningen voor lang verblijf in Utrecht. Onderzoek naar functioneren en woonwensen*. Nijmegen: UMC St Radboud Nijmegen, Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg.

Hulbosch, L., Nicholas, S., Bakel, H. van, & Wolf, J. (2004). *Gebruiksruimten in Utrecht. Evaluatie van een nieuwe voorziening*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Land, H. van 't, Vrugink, J., & Wolf, J. (2003). *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurige verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lehman, A. (1995). *Toolkit on evaluating quality of life for persons with severe mental illness*. University of Maryland School of Medicine, Department of Psychiatry.

Poel, J. van der (2009). *Low-threshold care for marginalised hard drug users. Marginalisation and socialisation in the Rotterdam hard drug scene* (dissertatie). Rotterdam: IVO.

Reinking, D., Kroon, H., & Smit, F. (1998). *Opgevangen in Utrecht: dakloosheid en zelfverwaarlozing in de regio MW-Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Shaw, J., Tomenson, B., & Creed, F. (2003). A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 138-150.

Vermeulen, K., Toet, J., & Ameijden, E. van (2005). *Eindrapportage Hostelonderzoek Utrecht: beter af met bed, bad, brood en begeleiding?* Utrecht: GG&GD.

Wennink, J., & Wijngaarden, B. van (2004). *Quality of Life and Care (QoLC)*. Kwaliteit van leven en vervulling zorgwensen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wolf, J. (in voorbereiding). *Herstelwerk: krachtgerichte basismethodiek in de maatschappelijke opvang*. Basisboek. Nijmegen: UMC St Radboud Nijmegen, Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg.

Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Bakel, H. van, Reinking, D., & Leiden, I. van (2002). *Op achterstand: een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Websites

www.cbs.nl
www.utrecht.nl
www.werkplaatsoxo.nl